

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# SICHERHEITSCHECKLISTE CV19

Datum \_\_\_\_\_

## kosmetische Behandlungen / Permanent Make Up / kosmetische Fußpflege / Nagelmodellage

Im Interesse des Kunden wird um folgende persönliche Auskunft gebeten:

Diese Informationen sind für Ihre Sicherheit im Falle einer Nachverfolgung einer Coronavirus-Erkrankung und dient Ihrer und der Sicherheit anderer Menschen. Diese Daten werden von uns vertraulich behandelt. Wir bitten Sie, das folgende Dokument mit Bedacht genauestens auszufüllen.

Name	Vorname
_____ Straße	_____ PLZ Ort
_____ Telefon privat	_____ Telefon geschäftlich
_____ Geburtsdatum	_____ E-Mail

**Die Kundin/der Kunde versichert, dass Sie/Er zum Zeitpunkt der Behandlung gesund ist, keinen Alkohol und keine Drogen konsumiert hat. Folgende Gesundheitsfragen sind maßgebend für die darauf folgende Behandlung.**

Fühlen Sie sich gesund?  ja  nein

Waren Sie in den letzten Wochen krank? (Schnupfen, Husten, Fieber, usw.)  ja  nein

Sind Sie in letzter Zeit an einer Lungenkrankheit erkrankt?  ja  nein

Hatten Sie Kontakt mit einem positiv getesteten Coronavirus-Patienten?  ja  nein  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie selbst am Coronavirus erkrankt?  ja  nein  
 Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Gehören Sie zu einer Risikogruppe? (Alter über 65, Atemwegserkrankung, Vorerkrankung)  
 Wenn ja, zu welcher? \_\_\_\_\_  
 Bitte nehmen Sie mit Ihrem Arzt und später mit der Geschäftsleitung Kontakt auf, damit wir wissen, dass der Arzt mit der Behandlung einverstanden ist.

Waren Sie schon in Selbstisolation/Quarantäne?  ja  nein

Sonstige Punkte:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Medikamenten   | <input type="checkbox"/> Diabetiker          | <input type="checkbox"/> Lungenkrankheit                  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                 |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher   | <input type="checkbox"/> über 65 Jahre       | <input type="checkbox"/> Allergiker (gegen was?) _____    |  |
| <input type="checkbox"/> HIV Infiziert   | <input type="checkbox"/> Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Krebs (Blutwerte)                | <input type="checkbox"/> Herpes Simplex (Fieberblasen) |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger  | <input type="checkbox"/> Stillen Sie zurzeit | <input type="checkbox"/> Immunschwäche/Autoimmunkrankheit |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten bzw. Vorerkrankungen, die noch nicht aufgelistet wurden? |  |   |  |

**Trifft einer dieser Punkte zu, bitten wir Sie Ihren Arzt zu konsultieren. Sollten Informationen an unser Fachinstitut für Kosmetik vor- enthalten werden, die zur Gefährdung des Kunden oder des Fachpersonals führen, können rechtliche Schritte eingeleitet werden.**

**Angaben Ihres Vertrauensarztes: Name:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

Der Kunde trägt eine Maske, reinigt/desinfiziert sich die Hände mit Seife/Desinfektionsmittel, dann erst wird die Kosmetikliege besucht und Ihre Behandlung kann starten. Bitte halten Sie Abstand zu unseren anderen Kunden. Der Kunde bestätigt, dass Sie/Er die Maßnahmencheckliste CV19 gelesen und verstanden hat und diese auch befolgt.

Der Kunde ist mit der Behandlung einverstanden und wurde über den Ablauf und die Hygienemaßnahmen vor, während und nach der Behandlung vollständig aufgeklärt. Die Behandlung erfolgt auf eigenes Risiko.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und Ihre Mithilfe und wünschen Ihnen eine angenehme Behandlung bei uns.

_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift Kundin	_____ Unterschrift Stylistin / Fachkosmetikerin
--------------	----------------	------------------------------	---